EXTR. DES ANNALES DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

ANNOTATIONS CLINIQUES

SUR

LA PHTHISIE PULMONAIRE,

D'APRÈS LES CAS

QUI ONT ÉTÉ TRAITÉS A LA CLINIQUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROTTERDAM, PENDANT LE COURS DE 1846-1847;

PAR

M. LE DOCTEUR G. P. F. GROSHANS,

LECTEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROTTERDAM, MEMBRE CORRESPONDANT DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE DE GAND.

(Traduites du hollandais par M. le docteur ONGHENA, membre résidant.)

GAND,

IMPRIMERIE ET LITHOGRAPHIE DE F. ET E. GYSELYNCK,

Éditeurs des Annales et Bulletin de la Société de Médecine de Gand.

—

1849.

R35702

ANNOTATIONS CLINIQUES

SUR LA

PHTHISIE PULMONAIRE,

D'APRÈS LES CAS

QUI ONT ÉTÉ TRAITÉS A LA CLINIQUE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE ROTTERDAM, PENDANT LE COURS DE 1846-1847.

Dès le début de mes études médicales la phthisie pulmonaire a particulièrement fixé mon attention. De là est venue chez moi l'habitude de me livrer à quelques considérations sur cette maladie, dans le rapport que je publie chaque année, en terminant mon cours. J'ai pris la liberté de présenter à l'estimable Société de Médecine de Gand les feuilles suivantes, qui renferment les remarques que j'ai faites sur la maladie dont il s'agit, d'après la nature des cas observés durant le cours de 1846-1847. Puisse le public médical les accueillir avec intérêt.

Sur 145 malades, qui, durant le cours clinique, furent choisis dans les autres salles de l'hôpital pour servir à l'enseignement, 15 étaient atteints de phthisie pulmonaire. A ce nombre il faut encore ajouter deux autres malades, dont l'un fut traité pour une

hémoptysie à laquelle il succomba, et dont l'autre, atteint, au moment de son entrée à l'hôpital, d'une pleurésie, mourut phthisique pendant les vacances. Nous nous occuperons donc spécialement de ces 17 cas, bien que dans nos considérations nous parlions également de quelques autres maladies.

Les 17 personnes, atteintes de phthisie pulmonaire, ont succombé. Un homme a quitté l'établissement et est mort quelques jours plus tard dans sa demeure. La femme qui figure dans le tableau comme non guérie, a succombé au mois d'août, dans la grande salle. La personne qui, sous le titre *pleurésie,* est inscrite comme non guérie, est morte en juillet.

L'âge des morts se présente dans l'ordre suivant :

Age.	Hommes.	Femmes.
17	»	1
18	1	»
19	1	»
22	1	»
23	2	»
25	1	»
26	2	»
27	»	1
29	»	1
30	1	»
32	»	1
36	1	»
41	»	1
43	1	»
66	1	»
	12	5

Total 17 morts.

Quant à la question de l'hérédité, sept hommes et quatre femmes ne nous ont pu fournir aucun renseigne-

ment. Un homme nous a dit que sa mère était morte d'une maladie de poitrine; un autre que ses parents et toute sa famille ont souffert d'affections de poitrine et que dernièrement un des membres de la famille en était mort. Il était à notre connaissance que la phthisie pulmonaire régnait héréditairement dans la famille d'un autre, et que le père d'un jeune homme avait été enlevé par la même affection. Une jeune fille de dix-sept ans nous a rapporté que sa mère était morte phthisique. L'observation suivante, considérée sous le rapport de l'hérédité du mal, est de la plus haute importance : Quelques jours après la mort du malade, qui est inscrit comme atteint d'hémoptysie, sa mère mourut dans la salle de clinique des femmes.

A l'autopsie de cette femme, nous avons trouvé les preuves les plus évidentes que sa vie avait été menacée antérieurement par une tuberculisation étendue. Cette altération offrait un tel développement, que nous nous sommes demandé avec étonnement, comment un si haut degré de tuberculisation n'avait pas été mortel. Le lobe supérieur du poumon droit, à l'exception du sommet, offrait une dureté rappelant celle du cuir. Dans un tissu qui avait sa couleur normale, nous avons trouvé un grand nombre de tubercules et une caverne de la grandeur d'une noisette; elle était vide à l'intérieur, la surface en était unie, et ses parois pressées l'une contre l'autre étaient revêtues d'une membrane lisse. Le lobe moyen était intact, et le lobe inférieur altéré en partie. La plèvre était partout complètement transparente. Le poumon gauche était entièrement libre; il n'y avait ni épaississement de la plèvre, ni fausses membranes. Vers la partie moyenne de la partie postérieure du lobe supérieur,

on remarquait une cicatrice; cependant, ici encore, la plèvre ne pouvait être considérée comme épaissie. La coupe nous montra un tissu remarquable par sa grande dureté et dont quelques parties étaient d'une couleur très-noire. On n'y vit pas, il est vrai, de cavernes ni de véritables tubercules; mais une incision profonde et un examen plus attentif, nous y firent découvrir çà et là une matière puriforme, caséeuse. Les portions du tissu pulmonaire où l'on trouvait cette matière allaient immédiatement au fond de l'eau. Cette femme est inscrite sur le tableau sous le titre : *anasarca*. Plus loin sa mort sera mentionnée d'une manière expresse et donnera lieu à quelques réflexions.

Il résulte de cette observation que l'affection tuberculeuse, existante chez les parents peut, sous l'influence de circonstances que nous ne pouvons pas toujours déterminer, s'arrêter chez eux dans son développement et même rétrograder; tandis que les enfants, issus de tels parents, peuvent hériter d'eux la prédisposition aux tubercules et à la phthisie pulmonaire. Nous trouvons un exemple analogue rapporté par Andral : Un homme de soixante-quatre ans, avait été atteint d'un fort crachement de sang, à l'âge de trente-cinq ans; on était persuadé qu'il mourrait à la suite d'une phthisie pulmonaire. Il se rétablit néanmoins complètement, gagna une santé robuste; rien n'indiqua plus tard qu'il existait une affection pulmonaire. Mais il eut cinq fils et déjà deux étaient morts phthisiques (1).

---

(1) Andral, *Clin. Méd.*, t. IV, p. 168.

Quant aux causes occasionnelles, les rapports que nous firent les malades eux-mêmes, touchant leur maladie, ne nous manquèrent pas; mais en général nous ne pûmes leur accorder une grande importance. Les uns invoquèrent le froid comme cause de leur maladie, qui d'abord n'avait consisté que dans un simple dérangement de l'économie et qui s'était, plus tard, insensiblement aggravée. Chez le jeune homme, atteint de pleurésie et qui, plus tard, mourut phthisique, on rencontre, parmi les causes occasionnelles, la masturbation, vice auquel il se livrait encore pendant le cours de sa maladie. L'une des femmes avait mené une vie de débauche et avait été atteinte de syphilis. Cette affection avait été traitée dans la salle de clinique par le sublimé corrosif; et comme nous ne pouvons pas déterminer jusqu'à quel point l'usage de ce médicament a pu donner lieu au développement de la phthisie tuberculeuse, nous transcrivons ici quelques-unes des notes recueillies sur ce sujet.

S. N., femme publique, âgée de trente-deux ans, fut admise, au commencement du cours, dans la salle de clinique des femmes comme atteinte de syphilis constitutionnelle, et fut, comme nous l'avons déjà dit, traitée par le sublimé corrosif. Non seulement il n'y avait alors chez elle, aucune trace d'une affection pulmonaire quelconque, mais la poitrine était si bien conformée et la constitution de la malade si bonne, que plus d'une fois nous l'avons indiquée à nos élèves comme point de comparaison, dans l'enseignement de l'auscultation et de la percussion. Étant rétablie elle quitta l'hôpital; mais elle y retourna quelques mois plus tard, atteinte de phthisie pulmonaire, accompagnée d'une inflammation chronique de l'estomac. De retour

chez elle, elle avait repris sa vie antérieure. Il est certain que l'usage du sublimé n'a porté aucune atteinte à sa santé, aussi longtemps qu'elle a séjourné chez nous; elle a quitté l'établissement dans un état de santé complète.

La phthisie pulmonaire se développa pendant l'allaitement chez une femme qui antérieurement avait été atteinte de crachement de sang; chez une autre, immédiatement après l'accouchement. Parmi les hommes morts phthisiques, un seul avait été atteint d'une hémoptysie légère.

La femme dont je viens de parler eut un fort crachement de sang, quatre ans avant qu'elle fût admise à l'hôpital pour sa dernière maladie. Chez une femme de quarante-et-un ans, le crachement de sang fut le premier signe de la maladie.

Le diagnostic fut porté d'après la marche générale des symptômes, mis en rapport avec l'examen physique. Et de même qu'autrefois, cette année aussi a fourni plusieurs cas où la maladie n'aurait pu être reconnue sans le secours de la percussion et de l'auscultation. Mais dans quelques cas, ces moyens de diagnostic peuvent nous conduire à un jugement erroné; l'observation suivante en est une preuve.

J. V. D. V., âgé de trente-quatre ans, est admis dans la salle de clinique des hommes, le 23 février 1847. Il nous dit que toujours il avait souffert d'un serrement de poitrine, de gêne de la respiration et de toux. Il se fatiguait au moindre travail, et ne pouvait se livrer à aucun effort. Sa femme, qui était présente à la visite, confirma ces renseignements.

De temps en temps il avait réclamé le secours de l'art et il s'était rétabli tantôt rapidement, tantôt plus

lentement. Il y a à peu près quatre semaines qu'il devint tellement malade qu'il dut garder le lit; il attribua cette maladie à un froid. Il est couché sur le dos, la poitrine et la tête étant soutenues par des coussins. Il tousse sans discontinuer et expectore abondamment; les crachats vont pour la plupart au fond de l'eau et offrent tous les caractères du pus. La langue est très-rouge et couverte d'un léger enduit blanchâtre; le pouls qui est accéléré offre en même temps un certain degré de plénitude qui nous frappe. Il y a inappétence, constipation, insomnie et même des sueurs nocturnes. A l'auscultation on entend clairement le bruit respiratoire dans toute la partie antérieure de la poitrine; en arrière au contraire, à l'omoplate du côté gauche la percussion donne un son tout-à-fait mat; on n'y entend même pas le murmure respiratoire; mais la voix et la toux sont très-clairement répercutées.

Ce cas rendait le diagnostic obscur. D'un côté, on trouvait dans l'état du pouls une indication pour la saignée; de l'autre, il y avait une contre-indication dans l'aspect des crachats qui étaient évidemment puriformes, dans les sueurs nocturnes, dans le résultat qu'avaient fourni l'auscultation et la percussion. Un léger crachement de sang, qui eut lieu plus tard, me confirma davantage dans l'idée que j'avais affaire à une phthisie pulmonaire; et avant que j'aie pu arriver à un diagnostic satisfaisant, le sujet expira le 5 mars.

A l'autopsie, qui fut faite huit heures après la mort, à une température de 46° F., on remarqua aux chevilles des pieds un léger œdème. L'ouverture de la cavité pectorale montra des poumons d'un volume considérable, remplissant complètement la cavité et couvrant

presque entièrement le cœur, de manière qu'une très petite portion de cet organe était accessible à l'œil de l'observateur. A leur face antérieure, partout leur tissu crépitait sous la pression et renfermait une plus grande quantité d'air que dans l'état normal. Le poumon droit n'offrait de l'adhérence avec le péricarde que dans une faible partie de son étendue. Par contre, le lobe inférieur du poumon gauche adhérait d'une manière intime avec le diaphragme, il était uni à la partie inférieure du lobe supérieur et tous deux étaient indurés en arrière. La partie inférieure passée à l'hépatisation grise, offrait çà et là des traces de suppuration; tandis que le reste était encore à l'état d'hépatisation rouge. Cependant la partie antérieure était saine. La partie interne de la trachée-artère était d'un rouge foncé; mais à mesure qu'on explorait plus avant les subdivisions bronchiques, cette couleur rouge devenait plus vive.

Des cas où tant de causes concourent pour faire croire à l'existence d'une phthisie pulmonaire sont certes très-rares. Cependant cette histoire prouve de nouveau que, si dans plusieurs cas il est facile de reconnaître cette maladie, il existe souvent des circonstances où le diagnostic devient difficile à établir et où il est très-possible de la confondre avec d'autres affections.

Dans cette observation nous avons envisagé une inflammation partielle du poumon pour les suites d'une tuberculisation de l'organe.

Il suffit d'avoir fait des autopsies cadavériques de personnes mortes phthisiques, pour comprendre qu'il est possible de trouver chez elles une matité de son, s'étendant à tout un côté. D'ailleurs, il arrive maintes fois que tout un poumon et plus particulièrement le gauche, comme c'est le cas dans cette observation, sont le siége

de l'induration ; et alors la partie postérieure de cet organe devient imperméable à l'air ; ce fluide ne pénètre plus alors que dans les grandes divisions des bronches. Lorsque toute la partie antérieure de la poitrine donne un son mat à la percussion et que par conséquent les résultats de l'examen physique feraient soupçonner l'existence d'un empyème ; l'expérience clinique nous a prouvé que cette matité de son peut dépendre d'une grande caverne qui s'étend à tout un poumon. C'est ce que nous avons constaté, en 1843, chez un homme de soixante-cinq ans ; l'étendue du son mat nous a laissé, pendant un certain temps, dans l'incertitude sur l'existence d'un empyème ou d'une caverne. L'ouverture du cadavre nous montra que cette dernière lésion avait été la cause du mal. Il résulte de là que la matité du son, qui s'étendait à tout le côté gauche de la partie postérieure de la poitrine, ne suffisait pas pour nous faire diagnostiquer l'absence de tuberculisation.

Convaincu que de pareilles erreurs sont loin d'être rares, nous nous sommes déterminé à traiter ce point d'une manière toute spéciale. Il nous paraît de la plus haute importance, tant pour le diagnostic de la phthisie pulmonaire que pour la question de sa curabilité et pour celle de son traitement. Faisons d'abord remarquer que les indurations pulmonaires peuvent produire un grand nombre des symptômes propres à la phthisie pulmonaire, sans qu'à l'autopsie on constate l'existence de tubercules.

Andral (1) relate une observation qui, sous ce rap-

---

(1) Andral, *Clinique Médicale*, t. IV, p. 229. Le docteur John F. Evans cite la même observation pour prouver la même chose ; voyez Evan's *Lectures on Pulmonary Phthisis, delivered in Jevirs street hospital* Dublin, 1844, 8°, p. 193, seqq.

port, offre de l'importance. Mais les recherches du docteur Thomas Addison sur la pneumonie et la phthisie pulmonaire (1) serviront spécialement à jeter du jour sur cette question. Nous ferons connaître les résultats auxquels cet auteur est arrivé pour autant qu'ils ont trait à notre sujet; nous croyons d'autant plus devoir le faire parce que le journal (*Guy's hospital reports*), dans lequel ce mémoire a été publié, est peu répandu dans notre pays. D'après Addison la pneumonie ordinaire, qui consiste dans une inflammation compliquée des bronches et des poumons, ne serait point la forme la plus simple que revêt cette maladie. Il n'est pas rare d'observer, même chez des individus jeunes et bien portants, une inflammation du tissu pulmonaire, sans participation des tuyaux bronchiques; dans ce cas, il y a absence de toux, d'expectoration et de douleur, du moins ces symptômes ne se présentent pas à un degré d'intensité tel qu'ils fixent l'attention. Il considère comme non fondée l'opinion de Laennec et d'autres qui admettent que la pneumonie latente se rencontre principalement chez les personnes âgées, chez les individus de mauvaise constitution, menant une vie déréglée, et vers la fin fatale de plusieurs maladies qui offrent une prostration de forces quasi-typhoïque (2).

La matière, qui, en cas de pneumonie, s'est déposée dans le poumon (3), se trouve dans un rapport intime avec la constitution du malade et la nature de

---

(1) *Observations on pneumonia and its consequences in Guy's hospital rep.* 1843, p. 365. seqq, et : *On the pathology of phthisis*, l. l. 1845, p. 28. seqq.

(2) L. l. 1843, p. 366.

(3) L. *Permanent effects.*

l'inflammation. Elle dépend donc surtout de la faculté que possède l'épanchement albumineux de subir un travail d'organisation (1). Il en admet trois variétés :

a. L'induration entièrement albumineuse.

b. L'induration granuleuse.

c. L'induration grise.

Quand une pneumonie aiguë atteint un individu d'une bonne constitution, les tissus malades ramollis s'unissent quelquefois si exactement avec l'épanchement albumineux et se confondent si intimement (2) qu'à la longue ils finissent par se changer en une matière jaune, homogène et plus ou moins transparente, dans laquelle on ne retrouve quelquefois plus les traces des cellules aériennes et du tissu cellulaire qui réunit les lobules. Parfois, cette substance de nouvelle formation s'observe sur une étendue considérable du poumon, de manière qu'elle atteint un grand nombre de lobules et même un lobe entier; plus rarement, mais des cas semblables existent, se borne-t-elle à un seul ou à un petit nombre de lobules (3).

Mais si l'inflammation est suivie de l'épanchement d'une matière albumineuse moins compacte, comme cela arrive souvent chez les personnes scrofuleuses, alors le changement qui en résulte dans le tissu pulmonaire offre un aspect tout différent. Alors on remar-

---

(1) L. l. p. 376. L'auteur donne ici une note, que nous reproduisons pour faciliter l'intelligence du passage. Il dit : « Whenever the albuminous » products of inflammation become consolidated and contracted and remain » permanently, J. perhaps, with little propriety, use the terms « organised » and » organisation. »

(2) « So blended with or assimilated to the permanent albuminous depo- » sit » p. 376.

(3) Pag 376.

que souvent, bien que ceci ne soit pas une conséquence nécessaire, que le tissu cellulaire interlobulaire se distingue très-clairement des lobules qui sont envahis par une matière albumineuse compacte, d'un blanc pâle, quelquefois jaunâtre, se ramollissant sous la pression des doigts. On distingue encore les cellules et cela aussi bien à la surface qu'à l'intérieur des poumons. En incisant un lobule on voit que la matière albumineuse offre un aspect granuleux, parce que les cellules ont conservé leur intégrité. C'est cette forme qu'Addison désigne sous le nom d'induration granuleuse.

Cette espèce d'épanchement est moins susceptible de s'organiser. Elle a l'aspect ordinaire de la matière tuberculeuse, et paraît liée à une constitution moins forte du malade; on la désigne parfois sous le nom de *tubercule inflammatoire* (1).

L'induration grise (2) résulte du mélange d'une matière terne, jaune-blanchâtre et noire; elle offre un aspect variable, puisque la couleur sera plus pâle ou plus sombre selon que l'une ou l'autre de ces couleurs y prédominera. La partie gris-pâle passe quelquefois insensiblement à l'induration uniformément albumineuse; la portion foncée est tantôt grise comme le fer, ou bien se rapproche de la couleur noire. En général, la variété à couleur pâle est d'une densité médiocre; l'autre est ordinairement plus foncée et parfois d'une densité qui se rapproche de celle du cartilage. A ce degré variable d'induration se rattache la différence qui existe entre l'induration grise et l'induration pu-

---

(1) Pag. 377.

(2) « The grey induration, » p. 377.

rement albumineuse, puisque l'albuminisation (1) des tissus est moins complète, et parce que l'induration granuleuse possède plus de plasticité dans l'épanchement albumineux et partant plus d'aptitude à passer à l'état d'organisation (2). On pourrait dire, en peu de mots, que l'inflammation pulmonaire était passée à l'adhésion, parce que la matière albumineuse épanchée avait subi une organisation partielle et une condensation assez forte pour déterminer une adhérence entre les tissus des cellules aériennes, et de cette manière une induration. Il en résulte donc une obstruction des cellules aériennes et une coloration noire de la substance pulmonaire. L'auteur croit que, sous l'influence de pareilles conditions, le tissu cellulaire, qui réunit les lobules, subit un changement analogue (3).

Dans un autre ouvrage, publié en 1847, par le même auteur (4), nous trouvons un passage qui a de grands rapports avec ce qui précède, et que pour ce motif nous rapporterons. Il dit, en parlant des changements opérés dans les poumons par la pneumonie, que souvent la matière albumineuse, qui s'épanche dans le tissu pulmonaire, n'est pas entièrement résorbée, mais qu'une partie en reste fixée dans l'organe. C'est ce qui arrive lorsqu'elle possède un plus grand degré de plasticité, ou une aptitude plus grande à s'organiser : plus tard elle se présente ou en petits fragments séparés, ayant une forme plus ou moins

---

(1) « Albuminisation, » p. 378.
(2) Ibidem.
(3) Pag. 378.
(4) *Element of the Practice of medecine*, p. 237.

arrondie, ou elle est répandue sur une plus grande largeur du poumon, et cela sous une forme moins régulière que lorsqu'elle est éparpillée en petits fragments isolés. Dans ce cas, elle se montre sous une des formes de l'épanchement albumineux, que l'on désigne, à tort, par le nom de tubercules. On pourra la confondre également avec l'une des formes de l'infiltration tuberculeuse, lorsqu'elle se répand dans le poumon, sur une étendue plus grande, et sous une forme moins régulière.

Dans plusieurs cas, l'histoire de la maladie, aussi bien que l'aspect général de la lésion, nous portent à conclure qu'elle constitue seulement une suite d'une attaque antérieure de pneumonie. En effet, un examen plus circonstancié nous apprend souvent que le malade avait été antérieurement, et cela peut-être à une époque très-éloignée, atteint d'une inflammation des organes respiratoires; et s'il succombe à une autre maladie, l'autopsie nous fait voir des traces non équivoques d'une inflammation antérieure du poumon. Elles consistent dans l'épaississement et l'adhérence des plèvres, surtout à proximité des altérations dont nous parlons, ainsi que dans une induration et un aspect ridé du tissu pulmonaire qui circonscrit l'épanchement albumineux. Si cet épanchement est irrégulier et occupe une grande étendue, la plèvre est déformée et plissée dans cet endroit.

L'observation a démontré que ces épanchements peuvent exister pendant un temps illimité, sans donner lieu à l'un ou à l'autre symptôme, sans subir aucun changement d'une certaine importance. Quelques-uns dégénèrent en une matière pierreuse ou calcaire, ce qui a surtout lieu lorsqu'ils ont leur siége dans le lobe supérieur du poumon. Il paraît néanmoins

que le principe vital, qui réunit leurs molécules, est si faible, qu'ils perdent leur cohésion et se ramollissent, du moment qu'une inflammation se développe dans leur proximité, surtout si alors les forces du malade sont beaucoup affaiblies (1).

Chacun reconnaîtra que de pareilles circonstances sont bien propres à favoriser le développement de symptômes qui auront la plus grande ressemblance avec ceux de la phthisie tuberculeuse. D'ailleurs, le plus grand nombre des symptômes de la phthisie pulmonaire dépendent certainement des lésions locales, qui se développent dans le poumon; cependant d'autres doivent leur origine à l'altération générale des humeurs et à la chute des forces qui en résulte.

Ainsi donc, il arrivera fréquemment qu'on ne pourra porter un diagnostic certain; et l'examen physique même sera insuffisant pour nous éclairer, lorsque ces inflammations et ces épanchements albumineux auront leur siège au sommet du poumon.

Le ramollissement de ces épanchements albumineux sera donc souvent, comme les auteurs et principalement Addison en rapportent des exemples, suivi des phénomènes de la phthisie pulmonaire; et à l'autopsie, on rencontrera des cavernes tantôt remplies de matière, tantôt vides, comme dans les cas de phthisie tuberculeuse. En outre, on trouvera dans les poumons maintes altérations qui ont la plus grande ressemblance avec celles qu'on rencontre chez des personnes mortes de phthisie tuberculeuse. Nous désignerons cette

(1) Pag. 2.

forme de phthisie pulmonaire, comme Addison, sous le nom de *phthisis pneumonica* (1).

La raison qui fait que l'examen physique est impuissant pour nous éclairer dans de pareilles circonstances, se trouve dans la nature même des choses. Dans divers cas il ne fournit d'autres signes pour reconnaître l'existence des tubercules et de leurs terminaisons, que ceux qui appartiennent également à d'autres maladies du tissu pulmonaire; alors leur degré plus ou moins grand d'importance résulte de l'endroit où on les observe.

Par cet examen, on acquiert la connaissance des propriétés physiques des organes, et on tâche d'établir le diagnostic en se basant sur la nature des lésions pathologiques, mises en rapport avec les phénomènes qui se manifestent. Si maintenant l'on observe les indurations au sommet du poumon, où en principe les tubercules prennent généralement naissance, et où la lésion qu'ils produisent prend le plus d'extension, alors l'examen physique peut même nous confirmer dans une idée erronée sur la nature de la maladie.

Qu'on se garde donc de demander à l'examen physique plus qu'il ne peut donner; on se tromperait, si, dans chaque cas donné, on voulait par ce moyen acquérir des signes pathognomoniques. De cette manière, on s'engagerait en plein dans les doctrines ontologiques, et on ne saurait trop blâmer l'habitude où sont quelques commençants, et que certains manuels contribuent à entretenir, d'apprendre, pour chaque maladie, les signes de l'auscultation par cœur.

---

(1) Pag. 11.

Sous un certain rapport, on arrive au même résultat en palpant le bas-ventre. Découvre-t-on une dureté dans le foie ou la rate, il en résulte que l'organe a acquis plus de volume et plus de densité que dans l'état normal. Mais pourra-t-on toujours conclure à une altération organique? Ceci serait souvent téméraire. La dureté du foie dans l'inflammation, la physconie qui se développe à la suite des fièvres, et tant d'autres états démontrent le contraire.

Il en est de même de l'examen des organes renfermés dans la cavité de la poitrine. La structure propre à la cavité pulmonaire nous empêche de retirer quelque avantage de la palpation; on a donc eu recours à l'intermédiaire d'un autre organe des sens, c'est-à-dire, à l'ouïe. Que si maintenant on trouve, qu'une portion du poumon admet moins d'air que dans l'état habituel, ou qu'elle est devenue entièrement imperméable, alors on saura que les propriétés physiques sont modifiées dans cette partie, mais on ne pourra pas perdre de vue que cet état peut n'être que passager. Cette dernière considération s'applique particulièrement aux affections aiguës; mais on n'est pas autorisé à en inférer que les changements survenus dans les maladies chroniques soient toujours permanents. L'expérience nous a démontré qu'une différence de son, obtenue par la percussion sur les deux côtés de la poitrine, et qui est assez notable pour faire soupçonner une infiltration tuberculeuse étendue, peut dépendre d'une simple congestion, qui plus tard peut disparaître. Durant le cours de 1842-43 nous traitions un homme atteint d'hémoptysie. La percussion donna un son mat, très-circonscrit sous l'une des clavicules. Nous nous croyions en droit de diag-

nostiquer l'existence d'une infiltration tuberculeuse. L'individu guérit et retourna à l'hôpital quelques mois plus tard, pour une diarrhée à laquelle il succomba. L'autopsie nous montra les poumons dans leur état normal. Il est probable que la partie, qui avait fourni le son mat à la percussion, se trouvait à l'état de congestion ou de pneumonie qui a disparu plus tard. Ce qui prouve combien l'homme de l'art doit être prudent lorsqu'il s'agit de porter un pronostic un peu défavorable.

De ce qui précède, il résulte qu'il peut y avoir un grand nombre de cas, dans lesquels la pneumonie ou sa terminaison peut offrir une si grande ressemblance avec la phthisie pulmonaire, qu'il y a impossibilité complète de distinguer ces deux maladies l'une de l'autre. Et s'il est prouvé qu'un grand nombre des signes, que fournit l'examen physique, doivent uniquement leur valeur diagnostique au lieu, où on les observe, ce qui d'ailleurs ne sera point contesté, on devra également admettre que plusieurs affections de la plèvre et des divisions bronchiques peuvent être confondues avec la phthisie pulmonaire, surtout si elles ont leur siège sous les clavicules (1).

---

(1) Addison dit à ce sujet: « At a time, when so much is said respecting the facility of recognising and curing consumption, it may not, perhaps, be without its ure, to append a brief recital of the several forms » of thoracle disease, which, withim myown knowledge and experience, » have been pronounced to be phthisis. 1. Recent pneumonie hepatisation, » especially when situated at the apex of a lung. 2. Recent pneumonie » hepatisation, supervening upon ancient or recent bronchitis. 3. The va- » rious forms of pulmonie induration. 4. Pulmnnie induration with bron- » chial irritation. 5. Suppurative, slnughing or gangrenous pneumonio. » 6. Simple bronchitis, especially when confined to the apex or other- » wise circumscribed. 7. Dilataton of the bronchial tubes with or with- » nut induration. 8. General but recent pleuretic effusion 9. Partial or

Pour arriver à une connaissance exacte de la maladie, il est donc indispensable de se livrer à un examen souvent répété, et à une comparaison continue des phénomènes et des signes.

Nous avons vu que les indurations qui persistent après certaines pneumonies, donnent lieu à des phénomènes qui ont la plus grande ressemblance avec ceux d'une phthisie tuberculeuse, de manière qu'au lit du malade on reste quelquefois dans le doute. Même à l'autopsie, on peut confondre ces deux états, puisque les épanchements albumineux subissent les mêmes changements que les tubercules. Ce point est de la plus haute importance pour l'étude de la phthisie pulmonaire. Ce n'est qu'en envisageant les choses de cette manière qu'on trouvera une solution à une série de questions qui, nonobstant les efforts les plus louables d'hommes très-distingués, sont restées jusqu'ici sans réponse. L'examen de cet objet est surtout indispensable pour la question de la curabilité de la phthisie pulmonaire, question que nous allons maintenant examiner.

Faisons observer d'abord, que s'il n'est pas rare de rencontrer cette forme d'inflammation pulmonaire, que nous venons de décrire d'après Addison, sans qu'il y ait des tubercules dans les poumons, il est

---

« circumscribed but recent pleuretic effusion. 10. The flattening of the « rib, and compression of the lung, occasioned by ancient pleuretic disease, « especially when associated with bronchial irritation. 11. Emphysematic « crepitation, especially when coupled with dilated bronchi. 12. Pulmonary « apoplexy. 13. Aneurism of the aorta. 14. Malignant disease of the lung « or neigh bouring parts » Addison, *On the pathology of phthisis in Guy's hospital reports*. 1845, p. 28. Comparez Addison, *On the difficulties and fallacies attending physical diagnosis in diseases of the Chest, in Guy's hospital rep.* 1846, p 1 seqq

cependant certain qu'on la rencontre plus fréquemment dans des poumons tuberculeux que dans d'autres. Ainsi, à la forme de phthisie, désignée sous le nom de *phthisis pneumonica*, nous en ajouterons une seconde qu'on peut désigner par le nom de *phthisis tuberculo-pneumonica*, où les poumons sont en même temps atteints et de tubercules et d'une inflammation sui-generis (1). La troisième forme sera la véritable *phthisis tuberculosa*, où les tubercules constituent l'unique lésion et où le tissu pulmonaire n'est atteint ni d'inflammation, ni d'effet de l'inflammation. Il est tout simple que la première et la troisième forme se rencontrent rarement, sans aucune complication; tantôt on trouve une *phthisis pneumonica* avec quelques rares tubercules, tantôt une *phthisis tuberculosa* avec des traces légères d'inflammation. Les autopsies viennent confirmer cette circonstance de la manière la plus évidente. Durant le cours qui fait le sujet de notre travail, nous avons observé un phthisique où, à l'autopsie, nous vîmes de grands tubercules jaunes, mais en très-petit nombre, accompagnés d'indurations très-étendues dans les deux poumons; aux sommets il y avait de petites cavernes. Par contre, nous écrivions, dans notre précédent rapport, que dans quelques cas nous avions été frappé de la transparence complète de la plèvre, quoiqu'il y eût des fausses membranes; ce qui prouve que ces organes avaient été rarement atteints d'affections inflammatoires. Il serait difficile d'admettre une phthisie tuberculeuse des poumons sans quelque trace d'inflammation, soit dans les plèvres, soit dans le

---

(1) Pag. 12.

tissu pulmonaire. Elle peut d'ailleurs être si minime et de si peu d'importance, que dans un sens scientifique on ne peut admettre l'existence d'une véritable inflammation. Certes, personne ne niera que la première forme, la *phthisis pneumonica* ne soit susceptible de guérison. On pourrait d'ailleurs le prouver en se livrant à des considérations critiques sur l'histoire des maladies qui de temps en temps ont été données comme des guérisons de phthisie pulmonaire. Car ce sont presque tous des cas qui devaient leur origine à une pneumonie négligée, sans que l'on ait pu fournir des preuves de la présence de tubercules. Quant à la troisième forme, nous ferons observer qu'aussi longtemps que les tubercules, encore en petit nombre, restent isolés, séparés les uns des autres, ou bien ils peuvent rester stationnaires ou ils diminuent et se rappetissent par une absorption partielle. Mais aussi longtemps qu'ils seront en si petit nombre, ils ne développeront guère les phénomènes de la phthisie; tandis que d'un autre côté on ne peut dire qu'une phthisie est guérie, alors qu'il existe encore des tubercules indurés ou rappetissés.

Les guérisons de phthisie pulmonaire appartiennent donc en majeure partie à la seconde forme; mais ici se présente la grande difficulté de savoir, si, dans tous ces cas il est possible de déterminer, sans un examen microscopique, si les tubercules ont été l'origine de la maladie. On peut encore se demander, si cet examen serait suffisant pour donner de la certitude relativement aux cas qui ont été publiés? Mais comme généralement il a été négligé, on voit que l'entière certitude manque, à l'égard d'un grand nombre, et que plusieurs observations ne sont probablement que des exemples de

phthisis pneumonica. Nous examinerons ce point d'une manière spéciale.

Les terminaisons les plus ordinaires des épanchements albumineux et des tubercules sont les dégénérescences calcaires et les cavernes. Dans les premières les parties liquides disparaissent peu à peu par absorption, qui n'a pas de prise sur les solides; celles-ci augmentent probablement encore en quantité. Toute la substance, diminuant en étendue, prend par là l'aspect du plâtre, offrant un degré de dureté en rapport avec le laps de temps qui s'est écoulé depuis le début du travail de transformation. Le tissu pulmonaire prend alors ordinairement une couleur noire et une plus grande densité, ce qui est probablement le résultat d'une inflammation antérieure. Le tissu du poumon est en outre, dans son pourtour, plus ou moins contracté, et il en résulte, comme conséquence inévitable, que la plèvre, qui maintenant occupe moins d'étendue, se ride, à moins qu'un épaississement notable de la séreuse ne rende ce froncement impossible.

Ce changement est certes le plus favorable que l'épanchement albumineux et les tubercules puissent subir, car l'expérience a prouvé que ces indurations plâtreuses et calcaires n'occasionnent pas de symptômes morbides. Une autre terminaison, qui est très-fréquemment mortelle, est celle en cavernes; dans ce cas, l'épanchement albumineux aussi bien que les tubercules se ramollissent, ce qui excite dans le tissu environnant un travail suppuratif et ulcératif. Considérée en elle-même, cette terminaison est encore susceptible de guérison; et il arrive en effet que la matière albumineuse ainsi que la tuberculeuse soit évacuée par les tuyaux bronchiques et que la caverne se

vide entièrement. Si maintenant la vie se conserve, si les circonstances dans lesquelles le malade se trouve sont favorables, alors les parois de la caverne tendent à se rapprocher insensiblement à mesure que la matière, qui s'y trouve, diminue en quantité, jusqu'à ce qu'enfin elles s'agglutinent et contractent une adhérence de plus en plus intime par suite d'une inflammation adhésive. Il résulte de là, comme conséquence inévitable, une dépression dans le poumon avec froncement de la plèvre. Il en est ici comme de l'épiderme qui offre également un aspect froncé ou rayonné dans les cicatrices anciennes, où le tissu cellulaire sous-cutané a été détruit. Ces deux changements et terminaisons ont été généralement considérés comme des suites de tubercules, et il est impossible de nier qu'on les ait observés dans cette maladie; mais ce serait une grossière erreur de croire, que ces terminaisons sont exclusivement propres à la tuberculisation. Elles ne constituent que les modes ordinaires suivant lesquels tous les épanchements des poumons finissent tôt ou tard par se transformer. C'est ainsi que la guérison d'un épanchement de sang dans le poumon, produit par une apoplexie pulmonaire, s'opère par la formation d'une caverne qui, une fois vidée, peut se cicatriser de la manière indiquée. Le même phénomène peut s'observer dans d'autres viscères, et la guérison par cavernes n'est pas seulement propre aux poumons, mais elle a été constatée aussi bien dans les cas de ramollissement du cerveau que dans les abcès du foie. Dans le dernier cas, le pus a-t-il pu heureusement se frayer une issue, les parois de l'abcès s'affaissent et doivent se rapprocher, ce qui a pour effet inévitable que la séreuse du foie est

attirée en dedans et qu'elle prend également un aspect rayonné et plissé.

Les dégénérescences calcaires qui ont leur siège au sommet des poumons, aussi bien que les cicatrices, ont été, comme nous venons de le dire, envisagées comme des terminaisons de tubercules; c'est ce qui a fait croire que les tubercules se sont dans un immense nombre de cas, terminés par la guérison et aussi que cette maladie est beaucoup plus commune qu'elle ne l'est en réalité.

D'après Boudet, on trouverait chez la 6/7 partie des personnes, mortes à l'âge de 15 à 76 ans, des tubercules ou des terminaisons de cette altération (1). Nous n'avons pas besoin de déclarer que nous doutons de l'exactitude de pareilles données, mais nous sommes au moins convaincu qu'ici des terminaisons d'autres maladies ont été confondues avec celles de tubercules.

Le grand nombre d'autopsies, que l'on invoque dans de pareilles communications, mis en rapport avec la durée du temps pendant lequel elles ont été faites, constitue à nos yeux un motif suffisant pour nous méfier des résultats obtenus. Il est avéré que beaucoup de médecins étrangers, qui sont à la tête de grands hôpitaux, s'appuient souvent sur des recherches nécroscopiques, faites, à leur demande, par des internes ou autres jeunes gens, sans qu'ils y aient assisté en personne. Il est dans la nature des choses que de pareils résultats doivent toujours être exceptés avec une certaine méfiance, sans que pour cela à distance

---

(1) Boudet, *Acad. de Méd. de France*, du 16 janvier 1846.

il faille admettre une supercherie intentionnelle. Un examen cadavérique superficiel peut donner lieu à un grand nombre de méprises, et même nous n'oserions affirmer que, dans des recherches plus exactes, toutes les dégénérescences calcaires et les cicatrices des poumons seront toujours convenablement distinguées, de manière à pouvoir déterminer avec quelque certitude, si leur existence dépend ou non de tubercules. En effet, admettez l'exactitude des recherches de Boudet, il en résultera immédiatement que des tubercules dans les poumons permettent de porter un pronostic très-favorable, puisque un petit nombre seulement de malades succombent à cette maladie, ce qui est contraire à ce que nous apprend l'expérience clinique.

Il est donc important d'étendre nos considérations et d'approfondir davantage ce point de science. Déjà, dans le courant de notre argumentation, nous avons parlé de la possibilité de trouver des épanchements albumineux au sommet des poumons. En effet, quoique la pneumonie occupe de préférence les parties inférieures de ces organes et que les tubercules établissent généralement d'abord leur siège au sommet, cette différence de siège est insuffisante pour servir à distinguer l'origine des dégénérescences calcaires et des cicatrices.

Notre propre expérience clinique, à l'égard de la pneumonie, est très-bornée; mais nous possédons néanmoins des observations, où l'inflammation avait évidemment son siège au sommet de l'organe. Le professeur Wunderlich, de Tubingen, donne dans son manuel (1) une statistique de 660 cas de pneumonie,

(1) Dr C. A. Wunderlich, *Handb. der path. en therapie*, in drei Bände, III Bd. Zw. Abth. Stuttgart 1847, 8°, pag. 462.

recueillis dans les rapports d'Andral, de Barth, de Pelletan, de Briquet, de Hughes et de Grisolle; les lobes inférieurs étaient atteints dans 397 observations, le sommet dans 180 et tout un poumon dans 83 autres.

Addison dit également que la pneumonie a très-fréquemment son siège dans les lobes supérieurs et que cela arrive surtout chez des personnes scrofuleuses.

L'existence de dépôts calcaires dans les deux côtés est également insuffisante pour permettre d'en conclure, qu'ils ont été précédés par des tubercules. Si, au contraire, ils se bornent à un seul poumon, cette circonstance, loin d'avoir une valeur suffisante pour le diagnostic, ne donne qu'une médiocre probabilité qu'ils ne se sont pas développés à la suite de tubercules. Comme la pneumonie scrofuleuse, de même que la lobulaire, atteint fréquemment des parties éparses des poumons, il s'en suit que les dépôts calcaires peuvent se former dans les deux poumons et cela indépendamment d'une origine tuberculeuse; en outre, il existe un grand nombre d'observations où la tuberculisation s'est bornée à un seul poumon.

Il est donc de la plus haute importance de rechercher, dans de pareilles affections pulmonaires, si à côté de ces dépôts calcaires et de ces cicatrices, il n'existe point d'autres traces de tubercules. Dans la négative, nous croyons que presque jamais on n'aura une certitude suffisante pour considérer ces lésions comme des guérisons de tubercules, et que tout au plus on n'obtiendra qu'une probabilité plus ou moins grande sur la nature de la lésion. Un examen superficiel nous fera souvent croire, à tort, à l'existence de tubercules, tandis qu'en poussant nos investigations plus loin, nous verrons bientôt qu'on a pris pour des tuber-

cules de petits tuyaux bronchiques épaissis, qui sur la coupe d'un poumon ont avec eux la plus grande ressemblance. On peut s'en convaincre par l'introduction d'un poil très-fin (1). Si maintenant il est si difficile de reconnaître l'origine de ces dégénérescences calcaires et de ces cicatrices, si, après la mort, on peut trouver dans les poumons des cavernes tant vides que remplies de matière, et cela sans qu'il y ait des tubercules, s'il y a des cas où l'épanchement albumineux ne peut presque pas être distingué des tubercules, si enfin, dans un examen superficiel, ceux-ci peuvent être confondus avec des ramifications bronchiques épaissies, alors il devient très-probable que la tuberculisation se rencontre moins fréquemment qu'on ne le croit généralement et que la phthisie tuberculeuse, quoique nous ne doutions aucunement de la possibilité de sa guérison, est loin d'avoir aussi souvent cette terminaison heureuse, qu'on ne pourrait le croire d'après les données de quelques écrivains. Un examen plus approfondi de ces dépôts calcaires et de ces cicatrices pourra, j'espère, éclaircir cette question. Nous ne nous appuierons que sur les résultats que nous avons trouvés nous-même dans nos autopsies. Déjà dans notre précédent rapport nous en avons cité plusieurs cas que nous avons alors rapportés aux tubercules, bien qu'alors aussi, à l'égard de quelques-uns, nous ayons élevé des doutes sur une pareille origine (2).

A. Chez une femme qui succomba à une hypertrophie du cœur, à l'âge de trente-sept ans, nous trou-

(1) Voyez notre rapport précédent, pag. 68 et 69.
(2) Rapport de 1845-46, pag. 89-91.

vâmes une adhérence complète du poumon droit. A la partie inférieure du premier lobe il existait une induration étendue, entièrement calcaire, de la grandeur d'une grosse noix. D'autres lésions de même nature, mais d'une étendue moindre, étaient éparpillées dans les poumons, entr'autres dans la partie la plus basse du lobe inférieur, tandis qu'elles ne furent point observées à la partie supérieure, où on les chercha d'une manière spéciale. Dans le poumon gauche, à un endroit où la plèvre présentait une cicatrice rayonnée, nous vîmes une portion de la grandeur d'un pois, qui se faisait reconnaître au toucher par sa dureté et qui offrait sur sa coupe, à une inspection attentive, une masse blanche plus dense que ne le sont ordinairement les tubercules, mais cependant beaucoup moins dure que les concrétions dont il vient d'être fait mention. Cette dernière partie siégeait dans un parenchyme pulmonaire qui se distinguait par une densité plus grande et une couleur plus foncée.

Ces deux caractères étaient beaucoup plus saillants dans le poumon gauche que dans l'autre, parce que la congestion, peu intense dans le premier, s'était élevée à un bien plus haut degré dans le second (1). Je crois nécessaire de faire observer encore que cette femme avait été fortement atteinte de rachitisme qui avait produit une difformité de la cage thoracique.

B. A l'autopsie d'une des femmes mentionnées comme mortes, sous le titre *morbus Brigthii*, nous trouvâmes les lésions suivantes : au sommet du poumon droit, qui était fortement adhérent aux parties

---

(1) Rapport 1845-46, pag. 89.

environnantes, on voyait une dépression, offrant à la surface un aspect très-irrégulier. Le doigt y fit découvrir une induration et en l'incisant on vit un endroit de la grandeur d'un pois chiche, entièrement rempli d'une matière granuleuse d'un blanc jaunâtre. Écrasée entre les doigts, elle offrait de la ressemblance avec du mastic. Elle n'était point unie aux parois de la caverne qui la contenait. Après avoir enlevé cette matière à l'aide du doigt et du scalpel, on s'aperçut que les parois de la cavité étaient couvertes d'une membrane luisante d'une couleur blanche-bleuâtre, et assez transparente pour laisser voir çà et là l'origine de ramifications bronchiques qui avaient existé antérieurement (1).

C. A l'ouverture cadavérique d'une femme, inscrite dans le rapport actuel comme morte de péritonite, nous avons trouvé le poumon droit entièrement libre; le gauche adhérait en haut, en arrière, sur les côtés et en avant. Au sommet du dernier, on voyait au milieu un parenchyme dur et noir et une grande quantité de concrétions blanches, dont les unes offraient une consistance calcaire et dont les autres paraissaient pierreuses. Cette partie était couverte de fausses membranes très-épaisses. La femme avait l'âge de trente ans.

D. Une femme, âgée de cinquante-quatre ans, avait une conformation de la poitrine qui, d'après la plupart des auteurs, dénote une prédisposition à la phthisie pulmonaire, mais qui, d'après des recherches plus récentes, serait le signe d'un degré déjà très-avancé de cette maladie. Elle est morte à la suite d'un *scir-*

---

(1) Rapport 1845-46, pag. 90.

rhus pylori, titre sous lequel elle figure sur notre tableau. A l'autopsie, nous fûmes frappé du grand volume des poumons qui offraient tout-à-fait le même aspect que s'ils avaient été fortement insufflés. Le sommet du poumon droit présentait une adhérence lâche avec les parties environnantes; le gauche était entièrement libre. En examinant le poumon droit, on aperçut au sommet quelques points indurés, tandis que le reste avait conservé sa mollesse ordinaire. A l'incision du premier lobe, on trouva une caverne, remplie de pus et de la grandeur d'une noix, dont les parois étaient couvertes d'une membrane lisse. Un peu plus loin, il y avait une induration pierreuse de couleur blanchâtre, au milieu d'un parenchyme noir, qui crépitait sous la pression du couteau. Il existait plusieurs endroits, où le tissu était mou et crépitant. Tout près de la circonférence de l'induration plâtreuse, que nous avons décrite, il existait encore une petite caverne qui n'avait rien de commun avec la précédente et qui était également remplie de matière. Tout au sommet du poumon gauche, on trouva deux ou trois indurations plâtreuses et de couleur noirâtre, et puis une autre à la partie supérieure du deuxième lobe, de la grandeur d'un pois.

E. Un homme de quarante ans avait été antérieurement atteint d'un empyème du côté droit, dont toute sa constitution offrait encore les indices les plus manifestes, ce que d'ailleurs l'autopsie confirma à la dernière évidence. Il mourut d'une hydropisie générale et il est annoté, sous le titre *morbus Brightii*, sur la table annexée à ce rapport. Les poumons n'étaient point affaissés; le gauche était d'un volume double du droit. Ce dernier était fortement adhérent

aux côtes; la plèvre était épaissie et enflammée. Les deux poumons adhéraient au péricarde; le droit cependant plus que le gauche. Ce dernier s'étendait au-delà du péricarde jusque dans le côté droit de la poitrine, et entraînait évidemment le cœur et le médiastin du même côté. Les deux poumons étaient unis aux parties environnantes en arrière et vers le sommet, le droit toutefois d'une manière plus intime que le gauche. La partie supérieure du poumon droit était entièrement indurée, et la plèvre y était épaissie d'une manière extraordinaire. En arrière on voyait des tubercules et une caverne à parois inégales, remplie d'une matière sanguinolente. Des fragments de la partie dure mis dans l'eau n'allaient point entièrement au fond. Dans le même poumon on vit encore une autre petite caverne, tandis que tout l'organe était plus dense qu'à l'ordinaire, et que les ramifications bronchiques étaient dilatées. En général, il y avait moins de tubercules qu'il n'y en a d'ordinaire dans les cas de cavernes. Le poumon gauche n'en a pas offert de traces.

Comme preuve de l'existence antérieure d'un empyème, nous notons ce qui suit : Le foie offrait, vers la onzième côte, un sillon avec épaississement considérable de la séreuse, tout-à-fait semblable à celui qu'on rencontre souvent sur les cadavres des femmes, et que l'on attribue à l'usage du corset (1). Il y a donc eu une époque de la vie où le foie, pressé par le poids d'un liquide qui s'était épanché dans le côté droit, avait été poussé en bas et avait fait saillie en dehors,

---

(1) Comp. Cruveilhier, *Anat. path. du corps humain*, livr. 29, pl. IV, p. 2.

au-dessous du rebord des fausses côtes. C'est ainsi que s'était formé ce sillon qui devait plus tard rester visible lorsque l'organe eut repris sa place.

F. Pour éviter dès répétitions, nous citons en passant le résultat de l'inspection cadavérique de la femme morte d'anasarque et dont le fils mourut à la suite d'une hémoptysie. Comme ce cas a été indiqué plus haut, nous y renvoyons le lecteur.

Nous nous bornerons, pour le moment, à ces six observations, quoique nous en possédions un bien plus grand nombre. Nous croyons d'ailleurs que l'examen de ces faits suffira au but que nous avons voulu atteindre. Si nous pesons attentivement ces six observations, nous verrons que le premier n'a pas de rapport avec l'existence de tubercules. Tout l'aspect de la dégénérescence le prouve; de plus, la poitrine était déformée par suite d'un rachitisme antérieur. D'après Rokitansky (1), il n'y a pas d'exemple connu où une déformation de la poitrine, due au rachitisme, a coexisté avec des tubercules. Quoique la théorie d'exclusion de ce célèbre écrivain, ne soit pas, d'après notre avis, que nous émettons du reste avec réserve, entièrement confirmée, nous pouvons cependant, d'après notre propre expérience, nous rallier à lui sur ce point. Rokitansky hésite à admettre comme certain, que le rachitisme soit une cause qui préserverait plus tard celui, qui en a été atteint, du développement de tubercules. Mais il considère comme positif que la plus grande densité du parenchyme pulmonaire, produite par le rétrécissement de la cavité thoracique, et

---

(1) *Handb. der pathol. anatomie*, I Bd, s, 427, 429.

qui peut être une suite du rachitisme, est la raison de cette heureuse circonstance. Cette opinion se trouve confirmée par ce fait remarquable, que du moment que la cavité de la poitrine se rétrécit à la suite de la carie des vertèbres, produite par des tubercules, la tuberculisation cesse d'être possible pour toute la vie.

Cette manière de voir est encore corroborée par l'action favorable que l'affaissement des parois de la poitrine, après un empyème, exerce sur les tubercules existants. Nous en avons cité un exemple à la lettre E.

L'influence favorable de la grossesse sur cette maladie, influence qui a été observée de tout temps, se rapporte peut-être à cette cause. Dans cette dernière condition, la cavité de la poitrine diminue de capacité, parce que le diaphragme est refoulé en haut. Nous croyons donc pouvoir admettre comme certain que les dégénérescences calcaires, décrites au paragraphe A, ont une toute autre origine que les tubercules et n'ont point été précédées d'une altération de cette nature.

Il devient plus difficile de se prononcer avec une certaine assurance relativement aux cas qui ont été relatés aux paragraphes B et C. Nous croyons pourtant qu'il y a plus de motifs pour considérer l'altération comme le résultat d'un épanchement d'une autre nature, que pour la rapporter à des tubercules. Les fausses membranes très-résistantes donnent quelque présomption en faveur d'une affection de nature inflammatoire, et l'existence isolée de la caverne, sans qu'on ait pu trouver des traces de tubercules, paraît en quelque sorte confirmer notre opinion. On ne peut cependant

pas perdre de vue que des tubercules sont souvent, comme nous le démontrerons plus amplement, précédés ou suivis d'une inflammation, et qu'ils se bornent quelquefois à envahir un seul endroit. C'est que prouvent surtout plusieurs observations, où l'on n'a même trouvé qu'un seul tubercule, qui souvent était entièrement racorni, de manière qu'à l'autopsie on voyait à peine, dans le parenchyme, un petit point noir. C'est ce que nous avons plus d'une fois constaté.

Dans l'observation décrite au paragraphe C, on peut croire à une origine tuberculeuse, parce que les concrétions y étaient en plus grande quantité, bien que l'épaisseur considérable des fausses membranes milite plutôt pour une origine inflammatoire.

S'il est douteux que dans les observations B et C, les altérations aient été précédées de tubercules, nous n'hésitons nullement à admettre cette origine pour les cas décrits sous les lettres D, E et F. Dans l'observation D, nous ne trouvons que quelques légères adhérences du poumon droit, le gauche étant entièrement libre, ce qui dénote qu'une inflammation, du moins de quelque importance, n'a pas précédé, tandis que l'aspect des altérations donne, au contraire, des signes évidents de tubercules. Ceci est d'ailleurs confirmé par la structure propre de la cavité pulmonaire. Nous rencontrons ici un cas de cancer, développé après une affection tuberculeuse, et où les tubercules se sont pour la majeure partie terminés par la guérison.

Cette observation est donc loin d'être défavorable à l'opinion de Rokitansky, qui pense que les tubercules et le cancer s'excluent mutuellement, et cela de telle manière que lorsqu'un cancer se développe chez

des malades atteints de tubercules, ceux-ci cessent de se développer et guérissent (1).

L'observation E nous fournit un exemple d'affection tuberculeuse où la formation des tubercules s'est arrêtée par la pression à laquelle le parenchyme pulmonaire avait été soumis, après la guérison de l'empyème et le rétrécissement de la cavité pulmonaire, sans que pour cela il y ait eu guérison immédiate. Nous pouvons affirmer ceci avec certitude, puisque nous avons encore trouvé des tubercules.

Dans l'observation F, l'absence des traces d'une inflammation antérieure, ainsi que l'existence simultanée de tubercules et de cavernes guéris, donnent, comme dans le cas précédent, la plus grande certitude possible qu'il y avait eu guérison d'une phthisie pulmonaire. Il est digne de remarque qu'on ait trouvé ici une légère hypertrophie du cœur et que le sang avait pris les caractères du sang veineux, ce qui, d'après Rokitansky, n'est pas compatible avec l'existence de tubercules (2).

Ce dernier point ne nous paraît pas suffisamment prouvé, et nous fournira peut-être, dans un prochain rapport, matière à quelques annotations ou remarques, et cela d'après ce que nous avons vu nous-mêmes dans les autopsies.

D'après ce que nous avons dit sur la guérison des tubercules, nous croyons pouvoir établir les propositions suivantes, et que nous croyons devoir présenter sous forme d'aphorismes afin de les rendre plus courtes:

1° Les cicatrices et les dégénérescences calcaires,

---

(1) Rokitansky, l. l. Bd I. S 424

(2) L. l. S. 425. flg.

que les autopsies font découvrir dans les poumons, ne peuvent pas toujours être considérées comme produites par la guérison de tubercules, puisque nous ne possédons pas de signes certains pour reconnaître, quand ces lésions appartiennent à une cause tuberculeuse, et quand elles doivent leur origine à une cause d'une autre nature.

2° Une comparaison exacte de toutes les circonstances, qui se présentent en même temps que les lésions dont nous venons de parler, peut donner un degré plus ou moins grand de probabilité pour porter un jugement décisif.

3° Les signes d'une inflammation antérieure ont surtout une grande importance. Leur absence rend très-probable qu'on a affaire à des tubercules guéris.

4° Toutefois le seul signe, qui à lui seul donne une plus grande certitude, se trouve dans les tubercules, qui existent dans les poumons simultanément avec les cicatrices et les dégénérescences calcaires, surtout lorsqu'il n'y a pas de traces d'une forte inflammation.

5° S'il est permis d'élever encore des doutes sérieux relativement à la question de savoir si les tubercules sont des affections aussi communes et se terminent aussi fréquemment par la guérison, que quelques auteurs le soutiennent, toujours est-il que la possibilité de leur guérison est un point qui est actuellement incontestable.

Si ces considérations sont, comme nous osons le croire, importantes pour le diagnostic de la phthisie pulmonaire, ainsi que pour la question de sa curabilité, elles ne le sont pas moins, à notre avis, pour le traitement de cette maladie. Elles répandent beaucoup de lumières sur la valeur de la méthode antiphlogistique, qui

est si souvent préconisée dans le traitement de la phthisie pulmonaire. Car ici aussi on a invoqué les résultats de l'expérience. Si on réfléchit qu'un grand nombre de maladies inflammatoires de la plèvre, des tuyaux aériens, des poumons peuvent être confondues avec la phthisie pulmonaire, il en découle clairement qu'un traitement antiphlogistique, dans des cas douteux, s'il est institué avec ménagement, peut avoir souvent un effet si favorable qu'on reste étonné du résultat obtenu.

Les déplétions sanguines générales trouveront rarement leur application dans des cas semblables; les saignées locales, au contraire, suivies de l'usage des moyens révulsifs, pourront souvent être très-utiles. On pourra souvent encore y ajouter avec avantage des médicaments internes qui agissent en diminuant la rapidité de la circulation sanguine ou qui appartiennent plus spécialement à la série des antiphlogistiques. Les résultats obtenus par ce traitement serviront quelquefois beaucoup à éclairer le diagnostic. Dans des cas semblables on se trouve devant des conditions analogues à celles qui se rencontrent si souvent dans la pratique de la médecine. Il se présente ici deux éventualités possibles et même également probables; ou l'affection peut être combattue par les moyens ordinaires, ou bien la maladie est de nature à offrir peu d'espoir de guérir le malade. Un exemple rendra ceci plus clair. Toute une série d'affections de l'estomac offre les mêmes symptômes et elles ne peuvent être distinguées les unes des autres que par le résultat du traitement. Une inflammation chronique de l'estomac, des ulcères dans sa muqueuse, le squirrhe et le cancer de cet organe, donnent souvent lieu à des symptômes tellement semblables que même un homme de grande expérience,

un praticien consommé ne peut se prononcer d'une manière positive. Soupçonnera-t-on dans chaque cas l'existence d'un squirrhe ou celle d'un cancer? Certainement non. Et dans les cas mêmes où la crainte pour l'existence de ces maladies paraît entièrement fondée, on essaiera encore ce que peut un léger traitement antiphlogistique aidé d'un bon régime. Il ne manque pas d'exemples où tout fit prévoir une terminaison malheureuse et où cependant le malade se rétablit sous l'influence de ces moyens. Il peut de la même manière se présenter des cas où tout fait soupçonner une phthisie pulmonaire, où l'on croit devoir annoncer une terminaison fatale comme très-prochaine et où cependant, par un traitement très-simple, le malade revient si rapidement à la santé qu'on acquiert la certitude du peu de fondement de l'opinion qu'on avait conçue d'abord.

Considérée même sous ce seul point de vue, la méthode antiphlogistique appliquée au traitement de la phthisie pulmonaire mériterait encore notre sympathie et donnerait assez souvent de bons résultats.

S'il est incontestable que, dans les cas où l'on prétend avoir guéri la phthisie pulmonaire par un traitement antiphlogistique, on a souvent eu affaire à une maladie qui lui ressemblait, il est vrai, plus ou moins, mais qui était en réalité d'une toute autre nature, nous croyons cependant qu'il se présente un grand nombre de cas de phthisie pulmonaire dans lesquels un traitement antiphlogistique et contre-stimulant, uni à un bon régime et à une alimentation de facile digestion, peut être de la plus grande utilité, et cela surtout au commencement de la maladie. Mais si l'on veut que ce traitement soit profitable au malade, il est de la plus

grande importance qu'on l'emploie comme s'il était dirigé contre une affection locale.

On doit se laisser guider ici entièrement par l'examen physique et il est indispensable qu'on le répète presque journellement. En agissant ainsi, on acquiert une connaissance exacte du véritable siège de l'inflammation intercurrente et de son extension. Si l'application de quelques sangsues et l'emploi des révulsifs sur l'endroit même du mal peuvent être très-utiles ou même indispensables, l'usage de ces moyens pourra être infructueux et même nuisible, si on se trompe sur le siège du mal. On peut joindre à ce traitement local, comme il a déjà été dit, les moyens que l'on combine ordinairement avec la méthode antiphlogistique.

L'observation suivante, qui a été recueillie pendant l'année dont notre rapport rend compte, pourra peut-être éclairer ce sujet.

Une jeune fille, très-hystérique, âgée de vingt-trois ans, avait antérieurement été atteinte d'un crachement de sang. Sa mère était morte phthisique. Elle était d'une constitution faible, mais son extérieur n'annonçait rien de fâcheux. Elle était maigre, mais il n'y avait pas de véritable amaigrissement. La menstruation était irrégulière et ne se faisait en général que toutes les quinze semaines. Alors elle toussait, elle transpirait la nuit, et le pouls était très-fréquent. La voix était presqu'éteinte, faible, parfois tellement rauque qu'on avait de la peine à l'entendre. En parlant elle souffrait fortement. Les selles étaient retardées. Déjà antérieurement elle avait plusieurs fois été atteinte de raucité de la voix, et pendant son séjour dans la salle de clinique elle cracha un peu de sang. Au côté droit de la poitrine, un peu au-dessous de la clavicule, on

entendait en deux endroits un bruit respiratoire faible, mêlé à un léger râle muqueux et à un bruit de frottement.

On y fit deux ou trois applications de sangsues et puis des frictions avec la pommade d'Autenrieth, au-devant du larynx, et sur la poitrine, au-dessous de la clavicule. A l'intérieur, je donnai des poudres composées de calomel et de digitale, et plus tard de ciguë, de tartre émétique et de nitre. J'y joignis une nourriture légère, surtout du bouillon en assez grande quantité. Peu à peu la raucité de la voix disparut, la respiration revint à son état normal et les règles reparurent quatre semaines après leur dernière apparition. L'évacuation de sang fut peu abondante, et ce fut en vain qu'on essaya d'augmenter l'écoulement par des pédiluves chauds. La seconde évacuation menstruelle, qui se montra pendant son séjour à l'hôpital, eut lieu trente-deux jours après la première.

De temps en temps j'eus recours à une autre médication quand l'état de la malade paraissait le réclamer ou que de nouvelles indications surgissaient. C'est ainsi que j'administrai l'huile de castor, et que pour combattre les sueurs nocturnes je prescrivis une infusion de sauge avec de l'acide sulfurique dilué. Le traitement se termina par l'usage de l'huile de foie de morue. Le 19 avril, elle nous quitta dans un bon état. A son départ elle avait acquis plus de corpulence et tout annonçait une bonne santé. Nous croyons avoir combattu, par ce traitement, l'inflammation circonscrite qui avait envahi le parenchyme pulmonaire et qui l'avait rendu impropre à la respiration. De nouveaux tubercules auraient pu se former sous l'influence de l'inflammation. Nous disons nouveaux, parce qu'à notre avis on

peut regarder comme très-probable que déjà il existait des tubercules dans les poumons. La prédisposition héréditaire, la constitution délicate de la malade, la répétition fréquente de l'hémoptysie, la longue durée de la raucité de la voix avec douleur en parlant, l'existence de sueurs nocturnes donnent à ces soupçons assez de fondement.

On a beaucoup écrit sur le traitement antiphlogistique employé chez les phthisiques, et s'il a été chaudement défendu par les uns, il a été rejeté par les autres. D'un côté, un grand nombre des symptômes de la maladie plaident en faveur de cette méthode, et les autopsies démontrent fréquemment, et cela de la manière la plus évidente, que les poumons sont atteints d'affections de nature inflammatoire; de l'autre, il faut avouer que les signes de faiblesse radicale et d'amaigrissement qui se développent souvent si rapidement dans cette maladie se concilient difficilement avec l'idée d'un traitement débilitant. Il est facile de concevoir qu'au moment actuel ce traitement trouve moins de partisans et que la majorité des médecins le rejettent, surtout en présence de la constitution épidémique régnante, qui naguère encore fut qualifiée, à juste titre, d'anémique, par un homme célèbre (Pfeufer). A notre avis on a été trop exclusif, et sans être partisan des saignées répétées chez les phthisiques, nous croyons pourtant qu'un traitement antiphlogistique raisonné, institué avec prudence peut être utile dans quelques cas et se combine facilement avec un régime légèrement nutritif. Si, d'un côté, on doit mettre le plus grand soin à ne pas affaiblir le malade, de l'autre, on doit tâcher de ne pas éveiller ou même d'augmenter, par une nourriture trop forte, les symp-

tômes de congestion ou d'inflammation. Les déplétions sanguines, quoique souvent inévitables, doivent être employées avec le plus grand ménagement, et en résumé, nous croyons que les saignées générales, quand déjà la maladie a duré quelque temps, seront très-rarement indiquées. Quant aux saignées locales, nous répèterons ce que nous avons déjà dit, que l'examen physique doit servir de règle de conduite pour le choix du lieu où on les appliquera. Dans ce cas on ne doit pas négliger les médicaments dont nous avons déjà parlé et dont quelques-uns ont été cités dans l'observation que nous venons de décrire. Le mercure doux, l'émétique, le nitre et la digitale seront avantageusement mis en usage, tandis que les révulsifs employés à des degrés différents d'énergie, depuis les plus faibles jusqu'aux plus actifs, selon les cas, peuvent être d'une utilité incontestable.

L'usage de ces moyens sera en général contre-indiqué dans les cas, où la maladie a déjà pris un certain développement; mais là, où l'on a des motifs de croire que la tuberculisation n'est pas encore devenue générale, en outre dans les cas où la maladie se montre après une pneumonie, où il se développe une autre affection inflammatoire, où la phthisie commence par des irritations inflammatoires circonscrites, nous croyons que dans ces conditions on peut prescrire avec fruit l'émétique, le nitre, la digitale et même le mercure doux. D'abord, il est souvent difficile de s'assurer si déjà il existe des tubercules, et puis les recherches anatomiques démontrent que souvent ils se forment sous l'influence des inflammations. Il est donc de la plus grande importance de se rendre maître de ces affections et cela de la manière que nous

venons d'indiquer. L'observation que nous avons décrite peut servir d'exemple.

Nous sommes convaincu que beaucoup de phthisies doivent leur origine à de semblables affections, qui, une fois qu'elles ont pris un entier développement, deviennent alors, par la déviation que la circulation du sang peut en éprouver, chez les personnes prédisposées, une cause rapide d'une altération plus notable des humeurs et d'une tuberculisation générale.

C'est ce que nous voyons encore dans quelques maladies cancéreuses. Souvent, à son apparition, cette affection se lie déjà à une dyscrasie générale, mais il existe toutefois des cas où elle est d'abord locale. Une irritation souvent répétée d'une membrane muqueuse est souvent, même chez les personnes les mieux portantes, cause de la formation d'une induration cancéreuse. Celle-ci reste quelque temps locale et plus tard, par l'altération plus notable des humeurs, la diathèse cancéreuse se développe. Il est probable que la tuberculisation suit, dans quelques cas, une marche semblable.

Il nous serait difficile de bien déterminer les indications du traitement dont nous avons parlé. Cependant elles découlent en partie de ses contre-indications. D'abord il est nécessaire que la muqueuse de l'estomac et des intestins soit dans son état normal; le moindre signe qui indiquerait une maladie de ces organes serait une contre-indication à l'emploi de l'émétique, du nitre et du mercure doux. Non seulement l'état local de ces viscères empêche dans ces circonstances l'usage de ces moyens, mais dans les cas où il existe, outre l'affection pulmonaire, une maladie des intestins, on

a des motifs de croire qu'il existe déjà une tuberculisation générale. Or, l'usage de ces médicaments favoriserait l'altération générale, augmenterait la maladie, et précipiterait la mort.

Une seconde série d'indications et de contre-indications résulte de la cause présumée de la maladie. Quand la maladie se développe après des avortements, après des couches fréquentes qui se sont succédé rapidement, après l'épuisement par l'allaitement, après une forte hémorrhagie, en un mot, après toutes les causes affaiblissantes, le traitement dont nous nous occupons sera évidemment contre-indiqué. Si, au contraire, elle se montre à la suite de la rougeole, de la scarlatine ou même du typhus, alors notre traitement pourra peut-être trouver son application. Dans tous ces cas cependant, il faut soigneusement distinguer ceux où ces maladies ont été suivies d'une débilitation générale, comme cela arrive après le typhus, car alors ce traitement sera contre-indiqué. Toutefois, comme dans plusieurs de ces cas, on rencontre souvent des pneumonies partielles ou latentes, qui, si l'on néglige l'examen physique, sont considérées, à tort, comme guéries, tandis que leurs symptômes, lors de la guérison des affections dans lesquelles les pneumonies existaient, ont seulement rétrogradé, il est probable, que c'est là la raison principale pour laquelle ces maladies et surtout la rougeole sont si souvent suivies de la phthisie.

L'expérience nous apprend que cela a également lieu après le typhus, et cependant dans cette maladie on ne peut pas perdre de vue, qu'on est plus ou moins fondé à regarder la tuberculisation, qui se montre dans la convalescence, comme une lésion locale, au moins à son

début. D'ailleurs, sans adopter la *théorie d'exclusion* (*Ausschliessungs-theorie*) de Rokitansky, qui admet que le typhus épargne les personnes atteintes de tubercules (1), l'expérience est là qui constate que le typhus attaque de préférence les personnes d'une constitution saine et robuste. Il nous paraît probable que la prédisposition des convalescents du typhus à contracter une phthisie promptement mortelle ne provient que de ce que la pneumonie typheuse a laissé après elle un épanchement persistant, quoique circonscrit et très-limité. Cette lésion devient une cause permanente d'irritation des poumons et, en cas de prédisposition, il se développe, par la débilité générale du patient, des tubercules qui, d'abord isolés, sont plus tard souvent promptement suivis d'une tuberculisation générale. On ne perdra pas non plus de vue, que les viscères seront plus fortement prédisposés à la tuberculisation après cette maladie, parce qu'elle est souvent elle-même compliquée d'affections intestinales. Certes, si la dothinentérie, comme nous espérons le prouver dans un de nos rapports prochains, est loin d'offrir, chez nous, cette étendue dont parlent les auteurs allemands et français, en se fondant sur leurs recherches cadavériques, nous observons toutefois aussi quelques cas de typhus où les intestins sont le siége d'un état inflammatoire. Une longue expérience clinique, appuyée sur des recherches anatomiques, nous a convaincu de cette vérité.

Ces considérations, sur lesquelles nous ne pouvons

---

(1) Des exemples contraires sont relatés dans notre précédent rapport, pag. 7-15.

nous étendre davantage pour le moment, suffiront pour convaincre nos lecteurs de l'importance du traitement d'une maladie, généralement considérée comme incurable. Il est très-probable que même ici, un traitement bien raisonné, qui aura égard à toutes les circonstances qui ont précédé la maladie et à celles où se trouve le malade, pourra souvent être couronné de succès.

Si cette agréable et flatteuse prévision paraissait encore trop hasardée à quelques praticiens, alors au moins on nous accordera qu'un traitement rationnel peut certainement beaucoup contribuer au soulagement des longues souffrances qui, chez les phthisiques, peuvent parfois atteindre un si haut degré d'intensité. Mais que voit-on ordinairement? Les uns se bornent à ne rien faire; d'autres ordonnent à tous leurs malades, sans distinction, de prendre des aliments fortifiants, mesure qui aura certainement pour effet ou d'éveiller la fièvre ou de la faire augmenter en intensité si déjà elle existait. D'autres enfin prescrivent successivement tous les moyens qui ont été préconisés, sans se soucier si l'état de l'estomac et des intestins permet leur administration. Entretemps on s'étonne souvent de ce que tant de moyens si hautement préconisés, ne répondent nullement à leur attente! Il n'entre point dans notre but de nous étendre davantage sur le traitement de la phthisie pulmonaire; mais les remarques que nous venons de faire nous entraînent à jeter un coup d'œil sur l'état de l'estomac et des intestins.

Il y a des cas de phthisie pulmonaire où la muqueuse de l'estomac et des intestins conserve longtemps son état normal; pendant plusieurs mois ces organes n'offrent aucun symptôme de maladie; souvent leur développement se fait beaucoup plus tardi-

vement. Il y a des cas, et ils ne sont pas rares, où les premiers symptômes d'une maladie de poitrine coïncident avec le développement des signes certains d'une affection sérieuse de l'estomac ou des intestins. Dans d'autres, cette dernière précède; la maladie offre d'abord tous les signes d'une inflammation chronique de l'estomac, qui de temps en temps peut revêtir une forme aiguë plus ou moins intense. D'autres montrent un état d'irritation inflammatoire des intestins, avant l'apparition des symptômes de la phthisie. Il n'y a pas le moindre doute que le pronostic ne soit plus défavorable dans les cas où l'estomac ou les intestins sont atteints d'une irritation inflammatoire, que dans ceux-là même où déjà existent les signes certains de tubercules pulmonaires, mais où le tube intestinal a conservé son état normal. Non seulement cet état empêche l'usage d'un grand nombre de médicaments, mais il empêche une des principales ressources de la nature, la nutrition. Sans invoquer le témoignage de plusieurs hommes célèbres, l'histoire des maladies et nos propres autopsies nous suffiraient pour prouver que souvent cette affection de l'estomac et des intestins est de nature purement inflammatoire. Cette inflammation chronique réclame le même soin, le même régime que l'on prescrit lorsqu'elle atteint ces organes d'une manière isolée et indépendante d'une maladie de poitrine. Cependant, si dans beaucoup de cas nous sommes convaincu du caractère inflammatoire de ces affections, nous nous empressons d'ajouter qu'on aurait tort d'attribuer à l'inflammation, tous les symptômes gastriques qui se montrent chez les phthisiques. Sous ce rapport les auteurs modernes, qui n'ont considéré cette question que sous un seul point de vue,

ont certainement souvent émis des préceptes nuisibles. D'après Andral, toutes ces affections devraient être traitées antiphlogistiquement (1). Tout en admettant que telle est fréquemment la ligne de conduite à suivre, cette règle nous paraît cependant énoncée d'une manière trop générale. Louis (2) même a constaté chez un cinquième des phthisiques que l'estomac était dans un état normal. Nous trouvons chez lui des prescriptions de *tisanes amères* pour ramener l'appétit, et même de préparations ferrugineuses (3).

Dans nos propres annotations, nous trouvons des exemples de phthisie pulmonaire, où la muqueuse de l'estomac était parfaitement saine, et nous sommes même porté à croire que ces cas se présentent chez nous plus fréquemment que ne l'admettent les écrivains français (4). Nous nous appuyons sur les motifs suivants :

Louis admet que l'inflammation de la partie antérieure de la muqueuse stomacale est liée à l'existence de l'état graisseux du foie (5). Or, comme cette dégénérescence est une affection excessivement rare chez nous, on peut en déduire que, dans nos provinces, les irritations inflammatoires de la partie antérieure de

---

(1) Andral, *Clin.*, tom. IV, p. 290, 291.

(2) Louis, *Phthisie*, éd. II, p. 78.

(3) L. l. p. 654.

(4) Un tableau statistique serait désiré peut-être par quelques lecteurs; mais comme nous nous proposons de traiter un jour la phthisie pulmonaire ex professo, de semblables relevés se trouveront mieux placés dans cet ouvrage. Tout ce que nous avons successivement écrit dans nos rapports sur la phthisie pulmonaire ne doit être considéré que comme un travail préparatoire à un ouvrage de plus longue haleine.

(5) Louis, l. l. p. 73.

l'estomac sont également plus rares chez les phthisiques. D'un autre côté, il est très-probable que l'inflammation de la muqueuse du grand cul-de-sac ne se développe que dans les derniers jours de la vie. On peut donc admettre, et nous croyons fermement, que les phénomènes dyspepsiques, qui s'observent dans la phthisie pulmonaire, n'ont pas toujours une origine inflammatoire. Il résulte aussi de là que souvent ils ont d'autres causes variées, et que partant le traitement, devant varier en conséquence, ne pourra être déterminé d'une manière générale.

Il n'est pas rare, soit dit en passant, qu'ils offrent un caractère qu'on peut nommer gastrique et alors des médicaments absorbants et des amers seront administrés avec fruit. C'est ainsi que la diarrhée des phthisiques se rattache souvent à cet état; il est donc très-irrationnel de la combattre immédiatement dans chaque cas.

Nous ne ferons que mentionner la phlétore abdominale, autre cause de ces symptômes; déjà nous en avons parlé dans un rapport antérieur, et nous nous proposons de reprendre cette question à un autre moment.

En somme, les symptômes gastriques des phthisiques, quoique reconnaissant souvent pour cause un état inflammatoire de la muqueuse des voies digestives, ont quelquefois une toute autre origine.

Quoi qu'il en soit, revenons à nos phthisiques. Comme nous l'avons dit, il y a eu 17 morts; 14 ont succombé dans l'établissement même, pendant le cours de clinique; 13 ont été autopsiés. Le cadavre du jeune homme mort à la suite d'une hémoptysie, ne nous a pu donner des résultats positifs à cause de l'état de putréfaction où il

se trouvait déjà trente-six heures après la mort. Il nous fut impossible de déterminer, dans deux cadavres, quel était le poumon où la tuberculisation avait fait le plus de progrès. Le poumon droit était le plus atteint chez 4 sujets, le gauche chez les 7 autres. Cette prédilection pour le poumon gauche s'accorde avec mes recherches antérieures et avec celles de Louis (1). Je crois, en effet, que c'est un fait exceptionnel, lorsque le poumon droit est le premier atteint, et même dans ce dernier cas je suis d'avis que des recherches cadavériques, faites avec attention, peuvent nous donner la raison de cette préférence.

Ainsi, nous avons cru trouver cette cause dans une pneumonie lobulaire, chez une femme de quarante-trois ans, dont le poumon droit était plus atteint que le gauche. Il n'offrait des adhérences qu'à la partie inférieure. Au lobe supérieur, la plèvre était épaissie, blanche et mate. La surface était inégale; quelques lobules étaient indurés, tandis que d'autres crépitaient encore. Les parties dures étaient en grande partie passées à l'hépatisation grise; çà et là on pouvait remarquer un parenchyme sain mais noir. En différents endroits, on voyait de petits points puriformes, dans d'autres des portions de bronches épaissies, et quelques tubercules qu'on pouvait distinguer de la manière la plus évidente de cette dernière lésion.

Dans la partie postérieure et le milieu du lobe

---

(1) Louis, *Phthisie*, pag. 6-7. « Presque toujours il y avait une plus ou moins grande quantité de tubercules dans les deux poumons. Néanmoins, j'ai vu cinq fois cette lésion bornée au poumon gauche et deux fois seulement à celui du côté droit. Le dernier serait-il un peu moins défavorable que l'autre au développement de la matière tuberculeuse? »

moyen, il y avait une petite caverne remplie de matières. Ce lobe était en général moins malade que le premier. Sous ce rapport, celui-ci ressemblait davantage au troisième, quoique la couleur de son tissu se rapprochât plus de la coloration noire qu'on trouve dans la pneumonie chronique des phthisiques. Dans le troisième lobe, on remarquait sous la séreuse deux à trois grands tubercules. Le poumon gauche était plus adhérent en arrière; son sommet, qui était induré, renfermait quelques gros tubercules, et on pouvait en observer jusque dans la partie inférieure. Le cœur notablement dilaté offrait un volume double, de manière que les poumons étaient rejetés en arrière. Les valvules et les ouvertures de cet organe étaient saines. Si maintenant on réfléchit à l'âge et à la constitution de la malade, qui annonçaient une femme forte et robuste, il paraîtra probable que la maladie a commencé par une pneumonie lobulaire qui avait atteint le poumon droit, et qui plus tard a donné lieu à une tuberculisation générale.

Chez une fille de seize ans, les lésions cadavériques étaient de nature à faire présumer que la maladie avait d'abord commencé au côté droit par une affection pleurétique, et que la tuberculisation ne s'était développée de l'autre côté que bien plus tard. Le lobe inférieur du poumon droit était poussé en arrière par l'épanchement; au sommet il y avait une grande caverne, et dans le poumon gauche il existait seulement des tubercules miliaires.

Chez un jeune homme de dix-neuf ans, nous ne trouvâmes qu'un gros tubercule dans le poumon gauche, tandis que le droit renfermait des cavernes et des tubercules. Celui-ci était entièrement adhérent

et d'une dureté analogue à celle du cuir, lésions qui étaient les suites d'une inflammation chronique.

Toutefois chez un autre jeune homme de dix-huit ans, également inscrit sous le titre *phthisis tuberculosa*, nous ne trouvâmes d'autre lésion que quelques tubercules miliaires, siégeant dans la partie inférieure du lobe supérieur du poumon droit; circonstance dont nous ne pûmes soupçonner la cause. C'est un point qui mérite d'être examiné de plus près.

Chez quelques-uns j'ai trouvé des affections du larynx; ainsi, dans un cas cet organe offrait çà et là des taches rouges. Dans un autre, l'épiglotte était épaissie; je lis même dans la relation de l'une des autopsies, qu'immédiatement au-dessous de l'épiglotte il y avait un tubercule, et que la trachée-artère en renfermait également quelques-uns. Je me suis contenté de mentionner ce fait sans y ajouter d'autres détails. Louis (1) n'a jamais trouvé des tubercules dans la trachée-artère, et sans nier la possibilité du fait, il le considère cependant comme des plus rares. Les glandes conglomérées renfermaient dans quelques cas des tubercules, dans d'autres elles en étaient exemptes. Cependant l'état de ces organes n'a pas été annoté dans toutes les autopsies. Nous trouvâmes chez quelques sujets des tubercules dans la plèvre et dans les fausses membranes, une fois dans le médiastin antérieur, et une fois dans le péricarde.

J'ai annoté qu'une fois le cœur était petit, qu'une fois il n'avait pas augmenté de volume, que trois fois il n'était *pas plus grand* que dans l'état ordi-

---

(1) Louis, *Phthisie*, p. 54.

naire, qu'une fois il était *assez grand*, que trois fois il était *très-grand*, qu'une fois il avait un peu augmenté de volume, qu'une autre fois il n'offrait rien d'anormal. Dans un dernier cas enfin, il n'est rien dit du volume de cet organe. Déjà plus haut, en rapportant les résultats de l'autopsie de la femme où la phthisie s'était développée à la suite d'une inflammation partielle du poumon, nous avons décrit le cœur, et nous avons dit qu'il avait un volume double de celui d'un cœur ordinaire. Dans un autre cas, dont nous n'avons pas encore parlé, ce viscère offrait les signes d'une inflammation chronique notable de la face interne du péricarde. Toute la surface du cœur ainsi que la face interne du péricarde offraient un aspect floconneux. Le péricarde était notablement épaissi et fortement distendu par une grande quantité de sérosité. Il avait entièrement repoussé les poumons et portait les empreintes des côtes. Cette affection n'avait pas été soupçonnée pendant la vie. A l'arrivée du malade chez nous, il était dans un état désespéré, et toute tentative d'examen physique le fatiguait tellement, lui était si pénible que nous crûmes ne pas devoir insister pour l'y soumettre. Il était assis dans son lit, soutenu par des coussins et entièrement enveloppé dans des couvertures et se plaignait continuellement de froid. Sur deux autres cadavres de mes phthisiques, nous trouvâmes une si grande quantité de sérosité dans le péricarde, et cette poche tellement distendue à sa partie inférieure, que nous crûmes que déjà pendant la vie il devait y avoir eu un développement d'hydropéricarde; en outre, il existait une légère adhérence entre le cœur et le sac péricardien. Si nous comparons ces

résultats avec ceux relatés dans notre précédent rapport, nous trouvons entre eux la plus grande ressemblance. Il en résulte que chez nos phthisiques, le volume du cœur a présenté une différence notable avec celui qui a été trouvé par Louis.

Nous avons constamment trouvé des ulcères dans les intestins; mais nous n'avons pas vérifié, comme quelques écrivains l'ont avancé, qu'ils auraient de préférence leur siége dans l'intestin grêle chez les jeunes gens, dans le gros intestin, au contraire, chez les personnes plus âgées. Ainsi chez l'homme de soixante-six ans, nous les avons constatés dans les intestins jéjunum et iléon; le gros intestin en était exempt. Chez une fille de seize ans, ils étaient en petit nombre vers la valvule iléo-cœcale, tandis que le cœcum et le colon en étaient presque entièrement couverts. Le rectum, de même que dans nos recherches antérieures, a souvent offert des signes d'inflammation; et dans un cas il présentait un grand nombre d'ulcères superficiels près de l'anus, qui peut-être auraient donné lieu au développement de fistules si la vie se fût prolongée davantage.

Déjà, dans un autre rapport, nous avons attiré l'attention sur la rareté du foie gras (1), et la dernière année nous a fourni les mêmes résultats. Il est digne de remarque, qu'en Angleterre aussi on a rarement observé la dégénérescence graisseuse du foie chez les phthisiques. Le docteur Thomas Hogdkin le dit clairement (2). Le témoignage de cet auteur est certes le

---

(1) Reproduit dans le *Journ. de méd., de chir. et de pharmacologie*, publié par la Soc. des méd. et pat. de Bruxelles. Juin 1847, pag. 448 et suiv.

(2) Hogdkin's *lectures on the morbid anatomie of the serous and mucous membranes.* In two vol. II. London 1840, p. 180.

plus important que l'on puisse invoquer ici. Le docteur Hogdkin a longtemps suivi les cours de Laennec et de Rostan, à Paris. Il a assisté à toutes les autopsies, qui furent faites à la Charité par Andral, encore étudiant à cette époque, et qui lui ont fourni les matériaux pour sa clinique médicale. Assez fréquemment il fut présent aux autopsies faites par Louis. Il vit en effet que l'hypertrophie du foie existait constamment dans les cadavres des phthisiques, et que par conséquent il n'y avait pas à douter de la justesse des assertions de Louis et d'Andral. Plus tard Hogdkin fut nommé *Inspector of the dead in Guy's hospital* à Londres, en même temps qu'on lui confia le soin de la collection anatomique de cet établissement (1). Il a occupé ce poste jusqu'en 1840, et chacun, qui a été à même de voir cette fameuse collection, telle qu'elle a été augmentée et renouvelée par Hogdkin, sera étonné de ses connaissances anatomiques et de sa grande activité. Cet anatomiste dit formellement que la dégénérescence graisseuse du foie se montre rarement en Angleterre chez les phthisiques. Il reconnaît toutefois l'exactitude des observations de Louis et il n'élève aucun doute sur ce point, de la vérité duquel il a pu se convaincre à Paris même. Il est donc probable que des recherches, faites dans d'autres pays, nous feront connaître des modifications importantes dans les altérations organiques de la phthisie pulmonaire.

---

(1) L. l. vol. I. Pref., pag. 7.